

Respuesta a la carta en relación con el editorial: Sabate A, Koo M. Intravenous fluids: Concepts and rationality of use. *Cir Esp.* 2016;94:369-371



The authors reply: in relation to the editorial: Sabate A, Koo M. Intravenous fluids: Concepts and rationality of use. *Cir Esp.* 2016;94:369-371

En primer lugar, agradecer a los autores sus comentarios y las aportaciones adicionales en relación con la fluidoterapia. Un aspecto de gran interés clínico es el íleo postoperatorio, que además de generar dudas diagnosticas en relación con la disrupción de las anastomosis, puede influir en los resultados operatorios. El íleo se relaciona directamente con la manipulación visceral intraoperatoria, con los fármacos utilizados durante la intervención, con la analgesia postoperatoria, y con las alteraciones electrolíticas durante el postoperatorio (principalmente la alcalosis por innecesaria o excesiva corrección del déficit de bases, y la hipokalemia).

La movilización precoz y la restauración de la alimentación intestinal facilitan el peristaltismo y por ello reducen los efectos paralizadores que se producen en especial en la cirugía invasiva y con la administración de opioides.

En este sentido, la fluidoterapia puede jugar un papel importante en el programa de recuperación quirúrgica acelerada, ERAS, donde se sugiere que la administración basal de fluidos en el periodo intraoperatorio debería ser $< 2 \text{ ml/kg/h}^1$. Sin embargo, parece ser más importante el cumplimiento del programa en su globalidad que la estricta administración de fluidos, y en todo caso evitar la disfunción electrolítica en el postoperatorio².

Por otro lado, el papel de la analgesia postoperatoria en el protocolo ERAS no está completamente definido. Si bien con limitaciones, la analgesia epidural con anestésicos locales sería la técnica de elección en los procedimientos abdominales mayores en especial en los pacientes de más riesgo (edad > 70 años i/o comorbilidad cardiorrespiratoria asociada). En la cirugía mínimamente invasiva se puede obviar la analgesia epidural, y por el contrario potenciar la analgesia de la pared abdominal mediante la administración de anestésicos locales directamente en la incisión quirúrgica o mediante bloqueo interfascial del músculo transverso y del oblicuo. En nuestra experiencia en cirugía colorectal³, la infusión continua de ropivacaína a nivel de la incisión quirúrgica permitió el inicio de la ingesta oral de manera precoz respecto del grupo control.

Estamos completamente de acuerdo con los autores, que la cuantificación de las medidas individuales en el protocolo ERAS es compleja, y por ello los esfuerzos se deberían encaminar hacia la implementación generalizada del protocolo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mythen MG, Swart M, Acheson N, Crawford R, Jones K, Kuper M, et al. Perioperative fluid management: Consensus statement from the enhanced recovery partnership. *Periop Med (Lond)*. 2012;1:2.
2. Rollins KE, Lobo DN. Intraoperative goal-directed fluid therapy in elective major abdominal surgery: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Surg*. 2016;263:465-76.
3. Fustran N, Dalmau A, Ferreres E, Camprubí I, Sanzol R, Redondo S, et al. Postoperative analgesia with continuous wound infusion of local anaesthesia vs saline: A double-blind randomized, controlled trial in colorectal surgery. *Colorectal Dis*. 2015;17:342-50.

Antoni Sabate^{ab*} y Maylin Koo^{ab}

^aServicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^bUniversitat de Barcelona Health Campus, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asabatep@bellvitgehospital.cat (A. Sabate).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.09.005>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.